UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1945-1946 — N° 332

ANGIOMES DE LA GLANDE LACRYMALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ

Mention « MÉDECINE »

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 21 Juin 1946

PAR

Juan-Vincente-Eugenio CORTEZ-ESCURRA

Né à Chiclayo (Pérou), le 17 Mars 1915

Examinateurs de la Thèse

MM. BEAUVIEUX, professeur ..... *Président*

SIGALAS, professeur .....

DE GRAILLY, professeur ..... *Juges*

MAGENDIE, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE E. DROUILLARD

3, PLACE DE LA VICTOIRE

1947

CORTEZ-ESCURRA (Juan-Vincente-Eugenio)

Angiomes de la glande lacrymale. — Bordeaux, impr. E. Drouillard, 1947. In-8°, 25 p.

Thèse Doct. Univ. Médec. Bordeaux. 1945-1946. N° 332.)

CORTEZ-ESCURRA (Juan-Vincente-Eugenio)

Angiomes de la glande lacrymale. — Bordeaux, impr. E. Drouillard, 1947. In-8°, 25 p.

Thèse Doct. Univ. Médec. Bordeaux. 1945-1946. N° 332.)

CORTEZ-ESCURRA (Juan-Vincente-Eugenio)

Angiomes de la glande lacrymale. — Bordeaux, impr. E. Drouillard, 1947. In-8°, 25 p.

Thèse Doct. Univ. Médec. Bordeaux. 1945-1946. N° 332.)

CORTEZ-ESCURRA (Juan-Vincente-Eugenio)

Angiomes de la glande lacrymale. — Bordeaux, impr. E. Drouillard, 1947. In-8°, 25 p.

Thèse Doct. Univ. Médec. Bordeaux. 1945-1946. N° 332.)

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1945-1946 - N° 332

ANGIOMES
DE LA
GLANDE LACRYMALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ

Mention « MÉDECINE »

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 21 Juin 1946

PAR

Juan-Vincente-Eugenio CORTEZ-ESCURRA

Né à Chiclayo (Pérou), le 17 Mars 1915

Examinateurs de la Thèse	MM. BEAUVIEUX, professeur	*Président*
	SIGALAS, professeur	*Juges*
	DE GRAILLY, professeur	
	MAGENDIE, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE E. DROUILLARD

3, Place de la Victoire

—

1947

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. DUPÉRIÉ — ASSESSEUR : M. LABAT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. DENIGÈS, BEILLE, DUPOUY, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	N... / DUPÉRIÉ
Clinique chirurgicale et gynécologique	CHARRIER
Clinique chirurgicale	PAPIN
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY
Anatomie	VILLEMIN
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL
Hygiène	N...
Médecine légale et déontologie	DERVILLÉE
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	RÉCHOU
Chimie	CHELLE
Botanique et matière médicale	GOLSE
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE
Clinique médicale des maladies des enfants.	FONTAN

	MM.
Zoologie et parasitologie	SIGALAS
Médecine expérimentale	AUBERTIN
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LOUBAT
Clinique des maladies infectieuses	DAMADE
Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF
Physique médicale et pharmaceutique	N...
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	CREYX
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ

MM. PERRENS (Maladies mentales), FAUGÈRE (Obstétrique).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Anatomie	DUFOUR
Physiologie	N...
Médecine générale	PIÉCHAUD / N... / N... / BROUSTET / N... / SARIC / DUBARRY
Chirurgie générale	N... / MASSÉ / N... / MAGENDIE

	MM
Chirurgie générale	POUYANNE / N...
Obstétrique	N... / MAHON
Ophtalmologie	N...
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	N...
Physique médicale	N...
Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	CASTAGNOU
Histoire naturelle pharmaceutique	GIRARD
Pharmacie	MESNARD / N...
Histoire naturelle médicale et parasitologie.	N...
Histologie	BROUSSY

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	MASSÉ
Accouchements	MAHON
Puériculture	FAUGÈRE
Zoologie et parasitologie	N...
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI
Ophtalmologie	N...
Anatomie	J. BEAUVIEUX
Chimie minérale	CASTAGNOU
Botanique	GIRARD

	MM.
Cryptogamie	GIRARD
Pharmacie galénique	MESNARD
Bactériologie	MOUREAU
Physiologie	Mlle ROUGIER
Chimie biologique	TAYEAU
Parasitologie et biologie appliquées	PAUTRIZEL
Pathologie chirurgicale	J. VILLAR / CHAVANNAZ

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MONSIEUR LE DOCTEUR BESSIÈRE

OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX

A qui nous devons le sujet de notre thèse et qui sut nous éclairer de ses précieux conseils.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. BEAUVIEUX

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Qui nous accueillit si favorablement dans son Service et nous initia au travail délicat de l'art ophtalmologique.

ANGIOMES
DE LA
GLANDE LACRYMALE

INTRODUCTION

Nous avons pu constater la réalité de l'existence des angiomes de la glande lacrymale chez un malade, un homme, du Service du Professeur Beauvieux, à l'Hôpital Saint-André.

Cet homme, âgé de vingt-huit ans, présentait, quand nous l'avons vu pour la première fois, une récidive d'angiome de la glande lacrymale droite. Le diagnostic d'angiome étant confirmé par l'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire, ce malade ne présentait pas, par ailleurs, d'autres manifestations angiomateuses.

Nous savons que l'angiome de l'orbite est une tumeur rare : il n'existe dans la littérature médicale mondiale guère plus de trente observations. Mais, si l'angiome de l'orbite est une tumeur rare, l'angiome de la glande lacrymale est une tumeur encore plus rare. En dehors de l'observation qui sert de base à ce travail, il n'existe que trois autres cas, deux cités par Scardanapane (1) et un autre publié par André Patry (2).

La première publication, celle d'André Patry (Genève), date de 1927. Il s'agit d'une enfant de quatre ans, dont l'exa-

(1) Scardanapane. — Angioma de la ghiandola lacrimale. *Saggi Oftalm.*, t. V, 1930, p. 497; *Res. des Z. f. G. O.*, 1931, p. 28.

(2) Patry (André). — Angiome caverneux de la glande lacrymale. *Annales d'oculistique*, juin 1932.

men histologique de la biopsie, faite au cours de l'intervention, donne comme diagnostic celui de : « lymphangiome et hémangiome caverneux avec beaucoup de tissu lymphatique, des centres germinatifs et des restes de glande lacrymale ». Cette enfant, qui fut opérée le 15 janvier 1927, est revue en mars 1932, n'a pas présenté de récidives de sa tumeur.

Dans les cas cités par Scardanapane, il s'agit toujours de deux enfants, âgés respectivement de quatre et de neuf mois. Le tableau histologique est dominé par des néoformations vasculaires. Cette publication date de 1930.

Le malade que nous allons étudier a fait l'objet d'une publication à la Société Ophtalmologique du Midi, par M. le Professeur Beauvieux et le Docteur Bessière, ophtalmologiste des hôpitaux de Bordeaux.

DÉFINITION, CLASSIFICATION

Définir un angiome est chose délicate si l'on en juge par le nombre de définitions qui ont été données par divers auteurs.

Pour Virchow, à qui nous devons les premières acquisitions sur les angiomes, ce sont « les tumeurs formées essentiellement par des vaisseaux néoformés ou par des éléments pariétaux néoformés de certains vaisseaux ». Cornil et Ranvier, dans leur traité, en 1884, disent : « Pour qu'ils (les angiomes) méritent le nom de tumeur, il faut que les vaisseaux qui les composent soient de formation nouvelle ». Ils établissent une distinction d'avec les dilatations simples des vaisseaux anciens, qu'ils nomment angiomes racémeux.

D'après ces deux premières définitions, on voit très bien la distinction qui s'établit entre l'angiome-blastome et l'angiome-dilatation (ou angiome hyperplasié).

C'est-à-dire qu'est établie la division chère aux anatomistes allemands, entre :

— les *hémangio-blastomes :* angiomes vrais, de néoformation, de prolifération permanente, possédant un tissu interstitiel intensément prolifératif,

— et les *hémartomes* (terme créé par Albrecht pour les angiomes du foie, type caverneux), qui sont la dilatation de tout un tissu capillaire ou vasculaire dont les expressions les plus simples sont les angiomes racémeux, les flexuosités artérielles, les varices, etc.,

Que vaut cette distinction ?

Elle n'est utile que pour une étude générale de cette

tumeur, car elle ne correspond ni aux observations cliniques ni à l'histologie, étant donné la fréquence de types complexes d'angiomes, de types intermédiaires.

Dans la définition de Masson, qui a le mérite d'englober toutes les variétés, on note : « Les angiomes sont des tumeurs constituées par des amas de vaisseaux réunis entre eux par une quantité variable de tissus conjonctifs ».

Comme on vient de le voir, la définition de l'angiome n'est pas chose aisée. Pour son exactitude, il faut qu'elle soit générale, très vaste, ayant comme base solide nos connaissances sur la formation d'un vaisseau.

Pour qu'il y ait un vaisseau, que faut-il ?

Il faut une cavité entourée de cellules épithéliales, ayant acquis la propriété de limiter cette cavité et formant un revêtement endothélial.

Qu'est-ce qu'un revêtement endothélial ?

Ce sont des cellules réticulaires, primitivement totipotentes, qui ont acquis l'ensemble des caractères structuraux, morphologiques et histologiques qui constituent la différenciation endothéliale. Ces cellules peuvent donner de nouvelles différenciations, comme elles peuvent également donner des régressions.

De tout ce qui vient d'être dit, il en sort comme définition simpliste d'angiome la suivante : « C'est la présence, en un endroit donné, de quantités anormales de vaisseaux ».

De toutes façons, elle devra comprendre les angiomes qui ne forment pas de masse tumorale proprement dite (télangiectasies) et ne pas limiter les associations histologiques complexes et variables que l'on peut rencontrer. D'ailleurs, la différence entre angiome et angiectasie est peu nette; aussi peu nette pour le clinicien que pour l'histologiste.

CLASSIFICATION

Nous nous sommes largement servi, pour ce chapitre, de la thèse de Duperrat (thèse médecine, Paris, 1938).

Il cite comme classification celle de Costa (1), qui les classe en deux groupes principaux :

— angio-blastomes et
— hémarthomes.

1° *Angio-blastomes :*

Angiomes hypertrophiques;
Angio-réticulomes;
Angio-myo-neuromes;
Kaposi;
Périthéliomes;
Endothéliomes angio-plastiques;
Angiomes malins.

2° *Hémarthomes :*

Hémarthomes plexiformes (télangiectasie);
— simples (angiomes simples);
— pariétaux, caverneux, régionaux, ramifiés (anévrysmes cirsoïdes);
Angio-kératome;
Varices capillaires séniles.

Mais il y aurait intérêt à prendre en considération les caractères cliniques et les circonstances étiologiques des angiomes. En effet, dans le domaine des angiomes cutanés, que trouve-t-on ?

On trouve tous les naevi vasculaires, c'est-à-dire toutes les malformations cutanées congénitales de nature vasculaire ou à prédominance vasculaire (Gougerot donnant

(1) Costa. — Sulle classificazione e la dottrina delle emangiomi e delle malformazioni capillari. *Policlinico Saz. Chir.*, XXXVIII, 1931, p. 57-75 et p. 109-123.

comme définition des naevi, toutes les malformations cutanées).

On trouve aussi un certain nombre de néoformations acquises : granulome télangiectasique, étoiles vasculaires, etc.

Egalement un certain nombre de cas, où il est difficile de dire si c'est acquis ou congénital : taches rubis, tumeurs glomiques, etc.

Deux facteurs semblent donc présider au développement des angiomes : 1° le facteur acquis (inflammatoire) ; 2° le facteur congénital (dysembryoplasique). On constate que, malheureusement, on ne peut dissocier complètement les deux facteurs, qui se présenteront souvent ensemble, selon les angiomes. Mais cet empiètement sur l'étiologie est le fait qu'il nous faut une classification.

Duperrat propose la division suivante :

1° Tous les cas dans lesquels le facteur inflammatoire (surtout local) est prédominant, et le facteur constitutionnel est réduit;

2° Tous les cas où le facteur inflammatoire perd de son importance, à mesure que le facteur constitutionnel augmente la sienne, sans qu'il soit possible de préciser ce qui revient exactement à l'un d'entre eux;

3° Tous les cas où le facteur dysembryoplasique est prédominant et où l'autre facteur, l'occasionnel, le facteur inflammatoire, est de plus en plus réduit;

4° Enfin, tous les cas où intervient un nouveau facteur, le plus mauvais, le facteur malignité.

Duperrat arrive ainsi à obtenir la classification suivante :

I. — Facteur acquis prédominant

a) Processus angiomateux secondaires à un grand nombre d'irritations locales :

Bourgeons charnus;

Télangiectasie secondaire;

Radiodermites;
Angiolipoïde, etc.

b) Angiomes acquis, en apparence primitifs, d'origine inflammatoire « tumeurs conjonctives inflammatoires » :
Pseudo-botryomycome.

II. — Facteurs mixtes (acquis et congénital)

a) Télangiectasies acquises, appartenant au groupe des capillarites ectasiantes évolutives :
Purpura de Majocchi;
Angiomes serpégineux.

b) Télangiectasies « explosives » des hépatiques :
Etioles vasculaires.

c) Télangiectasies primitives, dans lesquelles il est très difficile de faire la part de ce qui est congénital et de ce qui est acquis :
Taches rubis;
Tumeurs glomiques.

d) Télangiectasies dans lesquelles le facteur congénital paraît prédominant :
Télangiectasies en nappes;
Télangiectasies en plaques.

III. — Facteur congénital essentiel

a) Angiomes uniques (ou peu nombreux), que nous classerons suivant leur forme anatomo-clinique :
Télangiectasies congénitales;
Angiomes stellaire;
Angiome plan;
Angiome tubéreux;
Angiome hypertrophique;
Angiectasies.

b) Angiomes uniques (ou peu nombreux), de structure histologique complexe :

Angiomes complexes.

c) Angiomes affectant une disposition topographique particulière :

Naevus systematicus;

Maladie de Klippel-Trenauney.

d) Angiomatoses :

Maladie de Rendu-Oscler.

e) Angiomatoses neuro-cutanées :

Phacomatoses.

IV. — Facteur malin

Angiomes néoplasiques :

Angiomes malins.

OBSERVATIONS

Observation I

(Service du Professeur Beauvieux)

D... (Armand), vingt-huit ans, de profession, charbonnier. Vient à la consultation du Service d'Ophtalmologie de l'Hôpital Saint-André, le 21 septembre 1940, pour une grosseur de la paupière supérieure droite.

A l'examen, on note une tumeur mollasse avec un noyau dur à la partie externe, qui ne s'illumine pas à la lampe de contact.

Opéré par le Professeur Teulières, en octobre 1940. L'opération, qui fut sanglante, a de bonnes suites et le malade sort guéri quinze jours après.

Le malade revient dans le Service le 25 octobre 1945 pour une tumeur de la paupière supérieure droite. On note, à cette date, une volumineuse tumeur polylobée située sous la paupière supérieure, et même sous la conjonctive bulbaire. La portion sous-conjonctivale a un aspect vasculaire violacé, de consistance molle, et on pense, en le voyant, à une néoformation angiomateuse. Cette néoformation est constituée par deux parties :

— l'une sous-conjonctivo-bulbaire, violette, très molle;

— l'autre palpébrale, préseptale, qui semble plus consistante, plus rénitente.

Quand on soulève la paupière supérieure, on voit que sa partie conjonctivo-bulbaire vient surplomber le limbe scléro-cornéen sur douze heures.

A l'interrogatoire du malade, il nous raconte qu'en plus de l'intervention qu'il a subie en 1940 par le Professeur Teulières, il a déjà subi une autre intervention, à l'âge de huit ans,

en 1925, par le Professeur Lagrange et le Docteur Beauvieux.

On se trouve en présence d'une récidive d'angiome de la glande lacrymale, qu'on décide de traiter par des injections sclérosantes, comme pour les varices, de salicylate de soude à 40 p. 100.

A la première injection de 5 cm^3 de salicylate de soude à 40 p. 100, le malade ressent une douleur vive dans la région injectée, douleur qui est passagère et cesse aussitôt l'injection finie.

Quelques jours après (une semaine), nouvelle injection de salicylate de soude, cette fois précédée d'une injection anesthésiante de novocaïne. Pas de douleur à l'injection.

On voit le malade dix jours après, il se plaint d'avoir eu une céphalée persistante pendant toute la journée qui a suivi sa dernière injection. Céphalée surtout intense dans l'hémicrâne droit, avec maximum dans la région supra-sourcillière. On note également une légère hypoesthésie, la sensibilité à la piqûre étant surtout diminuée dans la région frontale droite.

Observation II

(Observation André Patry)

Le 4 janvier 1927, est amenée à la consultation une enfant de quatre ans, Mimosa C..., présentant une tumeur de la partie moyenne de la paupière supérieure gauche. Cette tumeur a été remarquée par les parents quatre mois environ auparavant. De la grosseur d'une petite noisette, elle provoque un léger ptosis, mais n'empêche pas la fente palpébrale de s'ouvrir; la peau qui la recouvre est légèrement bleutée et parcourue par quelques veinules dilatées. La pression, indolore, réduit un peu la saillie de la tumeur qui ne présente aucune pulsation, et ne provoque aucune réaction. Sous la paupière éversée, on ne voit aucune saillie du cul-de-sac conjonctival. Le globe est normal, il n'est pas saillant, ses mouvements ne sont pas limités; l'enfant n'a jamais remarqué de diplopie.

La santé générale est bonne, la taille est normale. Aucune tuméfaction glandulaire ou autre n'est constatée du côté de l'orbite droite ou sur le reste du corps.

Rien à noter dans les antécédents. Père et mère bien portants. Sœur de seize ans bien portante, frère mort à deux ans et demi de méningite.

Le 15 janvier 1927, l'enfant est opérée à la Clinique générale d'Annecy. Même sous narcose chloroformée, la tumeur ne fait aucune saillie dans le cul-de-sac supérieur étalé par retournement de la paupière. L'incision de la paupière supérieure, à sa partie moyenne de l'orbiculaire et de l'aponévrose orbitaire, met à nu une tumeur violacée, nettement délimitée, allongée dans le sens antéro-postérieur et filant vers la partie externe de l'orbite, à la paroi de laquelle elle paraît adhérer. La tumeur est facilement disséquée et enlevée. Suture de l'orbiculaire, ourlet cutané à la soie, drainage au crin de Florence. Le 18 janvier, ablation des crins de drainage, aucun suintement. Le 21, ablation des fils; l'enfant quitte la clinique. L'enfant, revue les 25 janvier et le 1er février, est guérie. Quand l'enfant pleure, l'œil gauche est à peu près sec. Actuellement, mars 1932, la guérison reste parfaite.

ÉTUDE CLINIQUE

Nous commencerons par étudier le cas qui a fait l'objet d'une communication à la Société d'Ophtalmologie, le 2 décembre 1945, par M. le Professeur Beauvieux et M. le Docteur Bessière, ophtalmologiste des hôpitaux de Bordeaux.

Il s'agit, comme nous l'avons dit dans l'observation, d'un homme âgé de vingt-huit ans qui, en septembre 1945, vint consulter pour une voussure importante de la paupière supérieure droite. Voussure dont le développement date de plusieurs années et qui, à cette époque, entraîne un ptosis mécanique complet à droite. On ne remarque aucun phénomène, ni d'ordre inflammatoire, ni d'ordre douloureux. A l'examen du sujet, on note que la déformation palpébrale, qui est surtout médiane, est due à la présence, dans la région orbitaire antérieure, d'une tumeur volumineuse, taille d'une grosse noix. Tumeur qui, à la palpation, se révèle molle, lobulée et bien limitée à l'avant et sur les côtés, mais par contre, en arrière, elle semble se prolonger par une portion plus dense, plus dure. Elle ne donne pas la sensation d'une consistance uniforme; on sent sous les doigts comme un amas de cordons mous. En soulevant la paupière, on découvre une néoformation sous-conjonctivale, avec des traînées violettes qui révèlent des vaisseaux dilatés. On trouve, dans la région lacrymale des culs-de-sac, une cicatrice conjonctivale linéaire longeant le bord supérieur du tarse, reste de l'intervention pratiquée quelques années auparavant. Vers l'angle externe, on rencontre une petite tumeur qui soulève en avant la conjonctive de la même

façon que la néoformation médiane, mais celle-ci est plus dure et s'enfonce dans l'orbite. Le malade ne présente pas d'exophtalmie et dit n'en avoir pas présenté; par contre, la compression de la tumeur en produit une avec refoulement des tissus orbitaires sous la paupière inférieure. Le malade ne présente aucune lésion du fond de l'œil, et son acuité visuelle des deux yeux est de 9/10 après correction d'un astigmatisme hypermétropique oblique bilatéral. A l'examen général du malade, on ne découvre pas d'autres lésions angiomateuses ni d'autres sortes.

Le cas se présentait donc à nous comme une tumeur non inflammatoire, à mobilité parfaite, à évolution longue, à consistance non kystique. Le diagnostic à poser était, soit lipome, soit angiome. L'histoire de la maladie nous permettait de faire celui d'angiome ou plutôt celui de récidive d'angiome. En effet, ce malade nous dit avoir été opéré par le Professeur Lagrange et le Docteur Beauvieux en 1925, à l'âge de huit ans, pour une tumeur de la glande lacrymale droite. On n'a pu retrouver la pièce opératoire, mais on a conservé les photographies.

En 1940, à nouveau, ce malade est opéré par le Professeur Teulières pour une tumeur de la glande lacrymale parpébrale droite. Intervention qui, nous l'avons dit, fut sanglante, mais avec de bonnes suites opératoires; l'aspect, en 1940, de la région était identique à celui que nous avons décrit; ceci étant comprouvé par les photographies de ces deux époques (1940-1945). La pièce opératoire a été cette fois-ci conservée. Elle nous donne des renseignements définitifs sur la nature de la tumeur, renseignements dont nous parlerons dans le chapitre « Etude histologique ».

En résumé, l'histoire de ce malade a débuté à huit ans avec une première intervention à cette époque, puis avec une récidive à vingt-trois ans, avec une nouvelle intervention, et une autre récidive à vingt-huit ans. Chaque fois, la tumeur a atteint le même volume, à peu de chose près. Nous verrons plus loin le problème thérapeutique posé.

André Patry, dans son cas d'angiome de la glande lacrymale, observe les faits suivants : chez une enfant de quatre ans, les parents ont noté, depuis quatre mois, l'apparition d'une tumeur du volume d'une noisette, à la partie moyenne de la paupière supérieure gauche. Tumeur provoquant un ptosis léger, mais n'empêchant pas la fente palpébrale de s'ouvrir. On remarque sur la peau recouvrant la tumeur une légère teinte bleutée, et la présence de quelques veinules dilatées. Pas de réaction inflammatoire. On peut réduire légèrement le volume de la tumeur par la pression. La tumeur n'est pas pulsatile. Quand on éverse la paupière, le cul-de-sac conjonctival ne fait aucune saillie. Les mouvements du globe oculaire ne sont nullement gênés; celui-ci est normal, et pareil à son symétrique. L'enfant ne s'est jamais plainte de diplopie. L'examen général de l'enfant est négatif. On ne constate aucune tuméfaction glandulaire ou autre, par ailleurs. Dans les antécédents, il n'y a rien à signaler. Opérée en 1927 et suivie jusqu'en 1932, elle n'a pas présenté de récidive à cette date.

En 1894, Hugo Wintersteiner rapporte un cas chez un enfant de douze ans qui fut amené par ses parents pour consulter à propos d'une propulsion du globe oculaire gauche. Chez ce gosse, l'exophtalmie avait été constatée depuis sa naissance, quoique légère à cette époque. Cette propulsion du globe oculaire avait passé par des phases diverses : tantôt elle était apparente, tantôt elle arrivait à disparaître complètement. Jamais l'enfant ne se ressentit d'aucune douleur. Le malade était, du point de vue général, de faible constitution. A l'examen de l'œil malade on constatait que les paupières étaient épaissies et allongées, le sillon palpébral supérieur avait disparu, la peau étant tendue par la tumeur. Le ptosis mécanique recouvrait la presque totalité de la cornée. On notait la présence, au niveau des canaux d'évacuation des glandes de Moll, de petites ampoules remplies d'un liquide clair. La conjonctive

palpébrale est épaissie, veloutée et de coloration rouge. Au tiers moyen de la paupière supérieure, on note la présence de la tumeur de taille d'un haricot, tumeur transparente, semblant composée d'une série de cordons, assez mous, et légèrement vascularisée. Elle est assez bien limitée en avant et sur les côtés, mais, par contre, elle semble se poursuivre en arrière et pénétrer dans l'orbite. La conjonctive bulbaire, œdémateuse, est considérablement épaissie dans tout le cadran médian supérieur; elle contient de nombreux petits kystes, remplis d'un liquide clair, qui disparaissent à la compression. L'œil était propulsé en avant, suivant son axe, ses mouvements n'étaient nullement limités. L'enfant n'accusait pas de diplopie, même quand on soulevait la paupière supérieure, libérant ainsi sa cornée. Pas de douleur, même quand on essaie de réduire l'exophtalmie par compression du globe. La protusion du globe n'est pas augmentée quand on fait pencher en avant la tête au malade. A la palpation, on sent une tumeur mollasse, avec des cordons semblant imbriqués les uns sur les autres; cette tumeur plonge en arrière, dans l'orbite.

Wintersteiner opéra ce malade le 15 février 1894, il pratiqua une exentération de l'orbite, et put constater que cette tumeur était profondément avancée vers l'intérieur, arrivant à éloigner suffisamment les quatre muscles droits. Il nota la présence d'une tumeur d'un volume double de celui de la glande lacrymale, qui était située en avant et au-dessus du muscle droit externe. Le diagnostic histologique de sa pièce opératoire fut celui de lymphangiome caverneux.

ÉTUDE HISTOLOGIQUE

Etude histologique de l'angiome de la glande lacrymale de l'observation du Service du Professeur Beauvieux

Au faible grossissement, la tumeur apparaît constituée par un tissu riche en cellules dispersées en lobules, séparées par des traînées fibreuses. A un examen rapide des lobules, l'aspect si uniforme pourrait faire penser à un sarcome; mais l'encapsulement, la présence de parois vasculaires montrent qu'il ne s'agit pas d'une tumeur maligne.

Aussi bien, l'étude détaillée des coupes révèle une morphologie histologique variée. Certaines zones sont formées de nappes de cellules arrondies ou ovalaires, à noyaux volumineux, avec quelques aspects de mytoses; les limites protoplasmiques sont assez floues.

Ailleurs, les cellules sont fusiformes, de type fibroblastique. On rencontre des vaisseaux pourvus d'endothélium et d'un mince collier de collagène; dans d'autres zones, l'aspect est plus caractéristique : les cellules s'orientent en cordons pleins ou creusés d'une mince fente centrale. Les cellules qui limitent la cavité tubulaire prennent alors un aspect endothélial; ces capillaires très jeunes sont dépourvus de collier de collagène.

A l'intérieur des capillaires, sont contenus des globules rouges et parfois quelques globules blancs.

A une extrémité de la coupe, on trouve enfin des dilatations vasculaires plus importantes, tandis que le tissu cellulaire se raréfie, remplacé par des faisceaux collagènes,

Les colorations argentiques ne nous ont pas montré de réticuline, sauf autour des capillaires. Les colorations électives n'ont pas montré de xanthomisation.

En définitive, il s'agit d'un angiome cellulaire développé aux dépens de la glande lacrymale.

Nous retrouverons tous les caractères de ces affections : développement d'abord cellulaire, puis angiomateux, persistance et extension, récidive après extirpation.

Cette vie propre en fait des tumeurs intermédiaires entre les tumeurs malignes et les tumeurs bénignes.

Autres études histologiques

Dans le cas rapporté par André Patry, le diagnostic du laboratoire avait été, nous l'avons déjà dit, « lymphangiome et hémangiome caverneux avec beaucoup de tissu lymphatique, des centres germinatifs et des restes de glande lacrymale ». La tumeur présentait un aspect blanchâtre, à consistance ferme.

A la coupe, on trouvait entre les traînées fibreuses des hémorragies étendues. Sous le microscope, on constatait un tissu pauvre en cellules fusiformes, mais riche en vaisseaux néoformés, de cavités irrégulières quant à la forme et à la taille, tantôt arrondies, ovalaires ou bifurquées. A l'intérieur de ces cavités, on notait la présence de prolongements, des restes sans doute de cloisons rompues pendant la dilatation, comme le fait remarquer Wintersteiner, qui avait constaté les mêmes faits dans son rapport. Wintersteiner s'opposait de ce fait à la théorie de Wiesner qui prétendait que ces prolongements étaient des ponts cellulaires en pleine évolution qui, une fois arrivés en présence l'un de l'autre, se fusionnaient et divisaient ainsi la cavité en deux nouvelles cavités; mais l'étude histologique de ces prolongements montre qu'il ne s'agit nullement de tissus en pleine croissance, mais bien de tissus dégénérés, ce sont des fibres raides, pauvres en noyaux, et dont les extrémités semblent

avoir été arrachées. Ces ponts sont donc des restes de cloisons rompues sous l'effort de dilatation. Les cavités sont remplies d'hématies et de leucocytes, elles sont tapissées d'un épithélium, et présentent dans leurs parois des filaments sinueux, lames élastiques, interrompues, déchirées de la paroi artérielle. Certains vaisseaux néoformés ont une paroi propre d'une remarquable minceur, se réduisant presque à une mince couche endothéliale; d'autres, par contre, sont très riches en éléments cellulaires.

Comme dans le cas de Wintersteiner, les cavités lymphatiques ont une grande variété d'aspect : grandes variétés irrégulières, plus ou moins fissurées et ramifiées, simples lymphatiques dilatés, etc. En partie vides ou remplies d'une masse homogène de lymphe coagulée, avec présence ou pas de globules rouges, et quelques leucocytes. Tapissées par un endothélium unistratifié, dont les plus gros noyaux font saillie dans la lumière. Dans ces cavités, au milieu d'un tissu conjonctif jeune, riche en noyaux, on aperçoit de grands follicules lymphatiques. Wintersteiner et Knapp voient dans la présence de ces éléments lymphatiques une preuve de la nature terriologique du lymphangium de l'orbite. André Patry, dans sa pièce opératoire, trouve de nombreux vaisseaux et follicules, avec un centre germinatif si développé qu'il constitue la majeure partie du follicule, dont le tissu réticulé est réduit à un mince anneau; parfois, ce tissu réticulé forme un chaton en croissant autour de l'anneau. On voit de nombreux faisceaux de fibres musculaires lisses et striés dans les intervalles des fibres conjonctives denses et serrées qui composent le squelette des cloisons.

Les fibres musculaires sont constantes dans les angiomes; leur présence est en faveur de la nature dysembrio-plastique de ces tumeurs. En de nombreux points de sa coupe, André Patry note la présence des acini de la glande lacrymale, qui signent l'origine lacrymale indéniable de cette tumeur.

CONCLUSIONS

Quelle est la nature exacte de cet angiome ? Les angiomes de la glande lacrymale sont-ils malins ou bénins ?

Il semble prouvé que ces angiomes sont d'origine embryoplastique. Dans la classification que nous avons donnée au début, leur place serait le groupe III, là où le facteur congénital est essentiel.

Certains auteurs, dont Wintersteiner, discutent pour savoir s'il s'agit de lymphangiomes ou d'hémangiomes. En effet, si des espaces lymphatiques sont plus nombreux, les espaces sanguins existent néanmoins. On remarque la présence des hématies, non seulement dans les espaces lymphatiques, mais aussi dans les cavités arrondies présentant une paroi vasculaire indéniable. André Patry rapporte que, dans son cas, le traumatisme opératoire avait été minime, l'enfant n'ayant été vu que deux fois et examiné avec soin et prudence, l'aspect hémangiomateux ne serait pas dû à un traumatisme. Il cite, à l'appui de ses dires, le cas intéressant d'Erb, un lymphangiome conjonctival, transformé en hémangiome à la suite d'une ponction exploratrice, mais ayant repris plus tard son aspect lymphangiomateux. Wintersteiner, lui, explique la présence des hématies comme suite de traumatismes, qui sont forcés de se produire, soit au cours de l'examen (palpation, tentative de réduction de la tumeur, etc.), soit au cours de l'intervention. Il avait remarqué d'ailleurs que les parois vasculaires étaient fragiles; son malade, un enfant de douze ans, présentait de l'endartérite. De là à déduire qu'à la suite d'une légère augmentation de la tension artérielle (toux, éternuement), la rupture vasculaire se produisait, il n'y avait qu'un pas à faire.

Nous suivrons André Patry, et nous donnerons une signification plus large au terme d'angiome, en lui faisant

englober celui d'hémangiome et celui de lymphangiome.

C'est une tumeur mixte, hémo-lymphangiome ou, mieux, angiome caverneux.

Selon le Professeur De Grailly, il est intéressant de noter qu'on peut rapprocher des angiomes, tumeurs mixtes, d'autres processus tout aussi intermédiaires entre les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes, comme le lipocytome.

La thérapeutique pose dans ce cas un problème assez difficile à résoudre. En effet, notre malade qui a pu être suivi pendant de nombreuses années, nous montre que, malgré les deux interventions, la récidive s'est produite. La tumeur ayant récupéré, dans un laps de temps plus ou moins long, sa taille et son volume primitifs. Une nouvelle extirpation serait assez pénible. On peut envisager la radiothérapie et, en dernier recours, une exentération de l'orbite.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*,
R. DUPÉRIÉ.

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
J. BEAUVIEUX.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 18 Juin 1946.

Le Recteur,
A. MARCHAUD.

BIBLIOGRAPHIE

Beauvieux et Bessière. — Sur un cas d'angiome cellulaire de la glande lacrymale. *Mémoire Société d'Ophtalmologie du Midi,* 2 décembre 1945.

Duperrat. — Angiomes en général. Thèse, Paris, 1938.

Jouannot. — Angiomes maxillaires. Thèse, Paris, 1925.

Patry (André). — Angiome caverneux de la glande lacrymale. *Annales d'oculistique,* juin 1932, p. 458.

Wintersteiner. — Angiome caverneux de l'orbite. *Arch. für Ophtalmologie,* 1898, p. 613.

Scardanapane. — Angiome de la glande lacrymale. *Saggi Oftalm. Res. des Z. f. G. O.,* 1931, p. 28.

Bordeaux. — Imp. E. Drouillard, 3, place de la Victoire. — N° 31.2174